

VULNERABILIDAD SOCIAL Y SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA: SITUACIÓN ACTUAL DE LOS ADULTOS MAYORES EN MÉXICO

Dra. Juana Isabel Vera López¹

RESUMEN

En México, el adulto mayor como grupo social vulnerable, muchas veces enfrenta la falta de acceso a los servicios de salud. Este documento tiene por objetivo analizar la situación actual del adulto mayor ante la transición demográfica y las condiciones de los servicios de salud. Se observa que frente a la carencia de un acceso adecuado a los servicios de salud, las instituciones de salud pública han establecido modelos de atención que les sirven de apoyo. Del análisis realizado se observa que el adulto mayor requiere servicios que superan la capacidad actual del Sistema Nacional de Salud, por tanto, es necesario establecer como temas de la agenda pública, políticas en salud para la vejez, así como el promover la investigación multidisciplinaria con un enfoque en el envejecimiento.

CONCEPTOS CLAVE: Envejecimiento, Vulnerabilidad social en salud, Políticas públicas

Introducción

Se entiende por servicios sociales a aquellos bienes y servicios proporcionados por el Estado, que constituyen los activos que promueven la integración y bienestar social de los individuos². Es la salud, un servicio básico para el desarrollo de todo individuo a lo largo de su vida. Arriagada (2001) establece que la carencia de servicios sociales favorece la vulnerabilidad de la sociedad.

¹ Doctora en Ciencia Política y Administración Pública, El Colegio de la Frontera Norte, jvera@colef.mx.

² Educación, salud, vivienda e infraestructura. Estos servicios sociales otorgan un mejoramiento de los activos, hogares y comunidades de los individuos.

Dentro del marco teórico de análisis, los bienes y servicios sociales trascienden debido a que generan un impacto benéfico en el tiempo, espacio y producen externalidades positivas en la población beneficiada. De acuerdo con la Cumbre Mundial para el Desarrollo social de Copenhague y la Reunión de Oslo, los servicios sociales básicos son: Educación básica, atención primaria de salud, incluida salud reproductiva y los programas de población, nutrición, agua potable y saneamiento (Arriagada, 2001: 4). Cabe remarcar, que los adultos mayores no cuentan con los servicios sociales de *salud reproductiva* (por motivo de su edad), *atención primaria en salud* (porque en realidad ellos requieren de medicina de especialidad y esta no es cubierta por los sistemas nacionales de salud), ni *nutrición* (este servicio sólo se proporciona a los menores de edad).

En países latinoamericanos, se está incorporando dentro de los temas de la agenda pública, políticas con un enfoque de inclusión social del adulto mayor. En México, diversas instituciones públicas coadyuvan para alcanzar un envejecimiento activo del adulto mayor, con una calidad de vida sana y recursos económicos. Se tienen a la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto del Seguro Social al Servicio de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL) y al instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM), las cuales se encuentran a cargo de la política social (Secretaría de Salud, 2001; ISSSTE, 2012; SEDESOL, s.f.).

El Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006³, de la Secretaría de Salud tuvo como prioridad establecer un esquema de salud donde el adulto mayor cuenta con su propia cartilla y, a los enfermos crónicos se les provee con atención domiciliaria y sus

³ Este programa se encuentra dentro del Programa Nacional de Salud 2001-2006.

vacunas (Secretaría de Salud, 2001: 10)⁴. A su vez, el ISSSTE, desde 2010 ha implementado la política y el programa para la Atención Integral de las Personas Adultas Mayores, que se conforma por tres ejes (salud, seguridad y participación) brindándoles servicios de alimentación, activación física y atención psicológica.

El Programa de Pensión para Adultos Mayores, se ejecuta en el ámbito municipal, a través de la encomienda otorgada por la SEDESOL, que establece las reglas de operación del programa Pensión para Adultos Mayores +65 (SEDESOL, s.f.), otorgando al adulto mayor un apoyo económico mensual de \$580.00 (quinientos ochenta pesos 00/100 M.N.)⁵, le tramita su credencial del INAPAM⁶ y lo afilia al Seguro Popular⁷.

Estos son algunos ejemplos de la implementación de la política pública para el envejecimiento en México. Se observa que las políticas públicas abordan problemas públicos, por ello el ente gubernamental (las élites políticas), es quien define la agenda pública. Dye (2001: 2) establece que: “La política pública es aquello que los gobiernos eligen hacer o no hacer...El problema surge al asumir que las acciones del gobierno deben establecer metas para encasillar⁸ la política”.

De acuerdo con la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores, en su artículo 3, f. I, se define como personas adultas mayores: “Aquellas que cuenten con sesenta años o más de edad y que se encuentren domiciliadas o en tránsito en el territorio nacional”.

⁴ Actualmente se encuentra en ejecución el Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2014).

⁵ Este programa cubre a la población que no cuenta con una pensión o su pensión es menor a los \$1,092.00 (un mil noventa y dos pesos 00/100 M.N.) mensuales.

⁶ Mediante la tarjeta del INAPAM, el adulto mayor obtiene descuentos de un 50% en la compra de sus boletos de autobús o de transporte urbano.

⁷ El Seguro Popular se creó con la finalidad de otorgar atención médica para la población abierta (no derechohabiente). De esta manera, la población afiliada al Seguro Popular recibe servicios de salud, médicos, hospitalarios, medicamento y quirúrgicos.

⁸ Sinónimo de etiquetar, clasificar, catalogar.

El derecho a la salud se fundamenta en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)⁹, que establece que los Estados reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. En el artículo 4 Constitucional y la Ley General de Salud se establecen el derecho a la salud como disponible, accesible, aceptable y de calidad.

El *objetivo* de este documento es analizar la situación actual del adulto mayor ante la transición demográfica y las condiciones de salud.

En 2012, en México, siete de cada 10 adultos mayores (72%) padecieron vulnerabilidad social debido a su carencia en servicios educativos, de salud y seguridad social (INEGI, 2013: 11). Anualmente, el gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) es de 6%, en tanto que en países desarrollados supera el 10%. Tan sólo un 28%¹⁰ de los adultos mayores tiene acceso a una pensión (es decir, reciben servicios de salud en instituciones públicas), mientras que un 50% se encuentra afiliado al Seguro Popular. Por tanto, resulta necesario incrementar (así como eficientar su ejecución) el gasto público en salud destinado a programas sociales para los adultos mayores.

Este documento se divide en tres apartados: En el primero, se establece el marco normativo de la protección de los derechos de los adultos mayores por parte del Estado; en el segundo, se analiza al adulto mayor como grupo social vulnerable; en el tercero, se presentan los modelos de atención gerontológica y de atención integral en salud, que tienen como finalidad proteger al adulto mayor ante sus requerimientos en servicios de salud.

⁹ Desde 1981, México fue impulsor y Estado parte del PIDESC, se espera que en 2016 lo firme y ratifique.

¹⁰ Se requiere mejorar la eficacia del gasto público en salud: en la literatura se argumenta la necesidad de políticas en salud. En América Latina (incluido México), en los sistemas nacionales de salud, son pocos los países que cuentan con paquetes senior (para adultos mayores), uno de ellos es Chile con el Plan AUGE, de promoción, prevención y atención de la salud (Banco Mundial, 2011).

1. Marco normativo de la protección de los derechos de los adultos mayores por parte del Estado

En relación con la literatura, el envejecimiento individual cuenta con enfoques de tipo biológico, psíquico, subjetivo y social. Para fines de este documento, se considera el envejecimiento desde un enfoque biológico, donde diversos autores lo establecen desde los 50 años y más; 60 años y más; e incluso, desde los 65 años y más. Estas clasificaciones incorporan en su análisis a la transición demográfica, es decir, donde poco a poco, debido al aumento de la esperanza de vida y la disminución de las tasas de fecundidad, cada vez se va retrasando la edad para ser considerado el individuo como un adulto mayor.

Es importante resaltar los temas del trabajo de cuidado y la protección del adulto mayor, provistos por la familia o cuidadores sociales. En el análisis económico, las estadísticas laborales, hasta hace poco, no contabilizaban el aporte del trabajo de cuidado debido a que este es provisto por la propia familia del adulto mayor y no es remunerado. También se observa que se trata de una cuestión de género¹¹ porque las mujeres son quienes constituyen la mayor proporción de los trabajadores de cuidado.

Retomando lo anterior, en relación con la vulnerabilidad y el cuidado, Sojo menciona que,

Los gradientes de dependencia varían conforme a la edad, el grado de vulnerabilidad y el estado de salud de las personas; tomando en consideración aspectos culturales inherentes a las relaciones de género, pueden distinguirse cinco categorías principales en el seno familiar: Niños, enfermos, *ancianos*, sobreocupados en la producción para el mercado y autoconsumidores de cuidado (2012: 10 y 11).

¹¹ INEGI, para medir el trabajo de cuidado en la población mexicana, realizó el levantamiento de la ELCOS. De acuerdo con ELCOS (INEGI, 2012), 52% de los hogares urbanos mexicanos requieren de necesidades de cuidado, siendo el 58.1% provisto por mujeres de 14 a 70 años.

Siendo el adulto mayor, parte de la población vulnerable, una forma de apoyo es proveerlo con trabajo de cuidado, porque conforme aumenta la edad, son mayores los requerimientos motrices que el individuo necesita.

En términos generales, el concepto de vulnerabilidad social apunta hacia una disminución de los activos¹² que disponen las personas, hogares y comunidades (González de la Rocha, 2006; Cortés, 1997; Arriagada, 2001) lo cual genera pobreza y exclusión social, así como también, se trata de un proceso de acumulación de desventajas (González de la Rocha, 2004; Mora Salas y de Oliveira, 2014). Tanto los niños como los adultos mayores son grupos vulnerables en el acceso a los servicios de salud (Arriagada, 2001).

Para proteger los derechos del adulto mayor, el marco normativo establece el proporcionarle los servicios de salud debido a su condición de grupo social vulnerable. Para ello, en América Latina se han aprobado leyes de protección a los derechos¹³ de las personas adultas mayores. Es a través de este marco normativo presentado en la Tabla 1, que se regula y dignifica al adulto mayor. También resulta importante precisarlo en los países debido a que el garantizar los derechos sociales del adulto mayor permite construir un concepto de ciudadanía en la ancianidad. Parte del trabajo a realizar por los gobiernos nacionales es el relativo a la construcción de políticas públicas educativas, económicas y culturales con un enfoque integral de inclusión de los adultos mayores.

¹² Cfr. Katzman (1999). Dentro del concepto de activos se consideran el capital financiero, capital físico, capital humano y capital social. En relación con el proceso de acumulación de desventajas, cuando González de la Rocha analiza la organización social de los grupos domésticos y familias de escasos recursos, observa la presencia de un nuevo esquema de desventajas acumuladas que es “la suma o acumulación del déficit y deterioro de las condiciones de sobrevivencia...resta a los pobres capacidad de acción y de reacción y los hace mucho más vulnerables” (González de la Rocha, 2004: 194 y 195). Mora Salas y de Oliveira elaboran un esquema analítico para analizar los tres cursos de vida (desigualdades heredadas-curso de vida-agencia situada) que articulan factores sociales que pueden favorecer la reproducción, acentuación o superación de las desventajas sociales. Para ello, sistematizan y analizan 34 relatos de vida de jóvenes mexicanos de las ciudades de Oaxaca, Monterrey y Distrito Federal, que experimentaron privaciones sociales severas durante su niñez/adolescencia.

¹³ En México, la Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores establece en su artículo 5 que el adulto mayor tiene derechos de integralidad, dignidad y preferencia; certeza jurídica; de *salud*, alimentación y la familia; educación; trabajo; asistencia social; participación; denuncia popular; y, acceso a los servicios.

Tabla 1: Comparativa normativa de regulaciones sobre los adultos mayores (2002-2010)

Año	Fecha de publicación/última enmienda	País	Normatividad	Vigencia
2002	30 de enero	El Salvador	Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor	Vigente
	30 de abril	México	Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores	Vigente
	30 de abril	Paraguay	Ley No. 1885/02 De las Personas Adultas en Paraguay	Vigente
2003	31 de diciembre	Tailandia	The Act on Older Persons	Vigente
	1 de octubre	Brasil	Estatuto do Idoso. Lei No. 10,741, reforma 1 de enero de 2004	Vigente
2004	19 de agosto	Uruguay	Ley No. 17,796 De Promoción Integral de los Adultos Mayores	Vigente
2006	22 de julio	Peru	Ley No. 28803 De las Personas Adultas Mayores	Vigente
	2 de noviembre	Sudafrica	Older Persons Act 13 of 2006	Vigente
	1 de octubre de 2010	Reino Unido	The Equality Act 2010. Anteriormente, The Age Discrimination Act	Vigente
2007	31 de diciembre	India	Republic Act No. 9994 Senior Citizens Act	Vigente
	21 de julio	Honduras	Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados	Vigente
2008	10 de diciembre	Madagascar	Protection of Older People's Rights (Law 2008/030)	Vigente
2009	14 de noviembre de 2012	Austria	Federal Law on the Promotion of Affairs of the Older Generation	Vigente
2010	8 de noviembre	Nepal	Senior Citizens Act 2063 (2007) and Senior Citizens Regulation 2065 (2009)	Vigente
	6 de mayo	Nicaragua	Ley No. 720 Del Adulto Mayor	Vigente
	15 de febrero	Filipinas	Expanded Senior Citizens Act 2010	Vigente
	23 de noviembre	Vietnam	Law on Elderly 2010 and Law to Eliminate all Forms of Discrimination and Violence to Older People	Vigente

Fuente: Elaboración propia. Se incluyeron los nombres de las leyes en su idioma original para facilitar al lector, su posterior consulta.

En este encuadre, los diversos acercamientos normativos de aprobación de leyes de protección de los derechos de los adultos mayores datan desde 1991¹⁴:

- 1991: Año Internacional de las Personas de Edad. Ecuador (1991), Brasil (1994), Guatemala (1996), República Dominicana (1998);
- 1999: Año Internacional de las Personas de Edad. Costa Rica (1999);
- 2002: Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento. México (2002), Paraguay (2002), El Salvador (2002);
- 2003: Estrategia Regional de Envejecimiento. Brasil (2003), República Bolivariana de Venezuela (2005), Honduras (2006), Perú (2006);
- 2007: Madrid + 10. Colombia (2008), Nicaragua (2010).

¹⁴ En estos países, sus leyes para el adulto mayor establecen la edad a partir de la cual puede ser considerado al individuo como perteneciente a este grupo etario.

Estas leyes mencionan que al considerar a la población debe existir un enfoque incluyente, incorporando a los adultos mayores, quienes tienen autonomía de voluntad, derecho a la vida, a la salud, a la protección social, entre otros. También establecen la eliminación del edadismo que es una forma de discriminación negativa hacia el adulto mayor por su edad y la disminución de sus capacidades.

En México, la Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores se encuentra vigente desde el 25 de junio de 2002¹⁵. Esta ley establece los derechos del adulto mayor, así como las dependencias gubernamentales que tienen competencia para implementar acciones a favor del adulto mayor, siendo éstas la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS), la Secretaría de Educación Pública (SEP), la Secretaría de Desarrollo Social (SEDESOL), entre otras; y, en su Título Quinto, se trata acerca del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM). El INAPAM es un Organismo Público Descentralizado (OPD) de la Administración Pública Federal (APF), encargado de la política pública para los adultos mayores.

2. El adulto mayor como grupo social vulnerable

Si se analiza al adulto mayor bajo una perspectiva de grupo societal, se tiene que su dependencia radica en una disminución de sus capacidades económicas, de funcionalidad, físicas, mentales, entre otras.

Una problemática que enfrenta el adulto mayor es el maltrato. De acuerdo con Casique (2012), la vulnerabilidad a la violencia doméstica es:

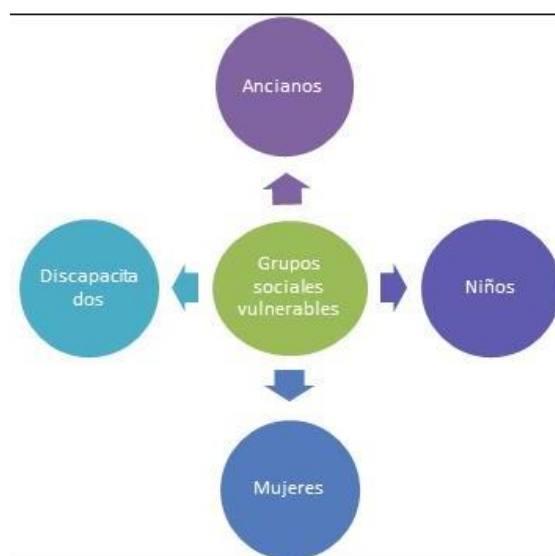
El riesgo excedido que experimentan los individuos que ocupan una posición subordinada en la familia -por asimetrías de edad, capacidades o género-, de experimentar abuso, descuido o abandono por parte de otro (s) miembro (s) de la familia

¹⁵ La última reforma fue publicada en el Diario Oficial de la Federación (DOF) el 17 de diciembre de 2015.

o cuidador (es), con quien (es) mantiene (n) una relación de confianza y dependencia (p. 49).

De acuerdo con la Figura 1 se puede observar que en toda estructura social conformada al interior de una familia, los grupos vulnerables propensos a ser víctimas de la violencia son los niños, mujeres, discapacitados y ancianos.

Figura 1: Grupos sociales vulnerables



Fuente: Elaboración propia.

De acuerdo con Casique (2012), la violencia ejercida contra los ancianos puede ser de tres tipos: 1) Factores de riesgo individuales; 2) Factores de riesgo a nivel familia/hogar; 3) Factores de riesgo a nivel social.

En esta categorización de la violencia ejercida contra los ancianos, Casique (2012) define los tres tipos considerando sus factores de riesgo asociados. *Factores de riesgo individuales*: Sexo, problemas de movilidad, dependencia económica, dependencia de cuidados, impedimentos psíquicos o cognitivos y la ausencia de hijos. *Factores de riesgo a nivel familia/hogar*: La

división del trabajo doméstico y la sobre exposición del cuidador. *Factores de riesgo a nivel social:* Discriminación social contra los ancianos, ausencia de programas sociales de apoyo, limitación de acceso al empleo y aislamiento social.

En las políticas públicas, los programas senior, en su visión integral, deben asegurar aspectos que proporcionen al adulto mayor acceso a la atención médica geriátrica con un enfoque de inclusión social. Un aspecto de control es el garantizar la eficiencia en la inversión del gasto público en salud, de manera que ésta sea destinada a potenciar el desarrollo del adulto mayor y así disminuir el rezago existente. Un criterio económico a aplicar es el modelo de análisis costo-beneficio (CEPEP, 2009), de esta manera los resultados serán evaluables, para insertar mejoras en los programas sociales y así progresivamente aumentará el número de adultos mayores beneficiados.

3. Propuestas para garantizar una mayor inclusión social de los adultos mayores

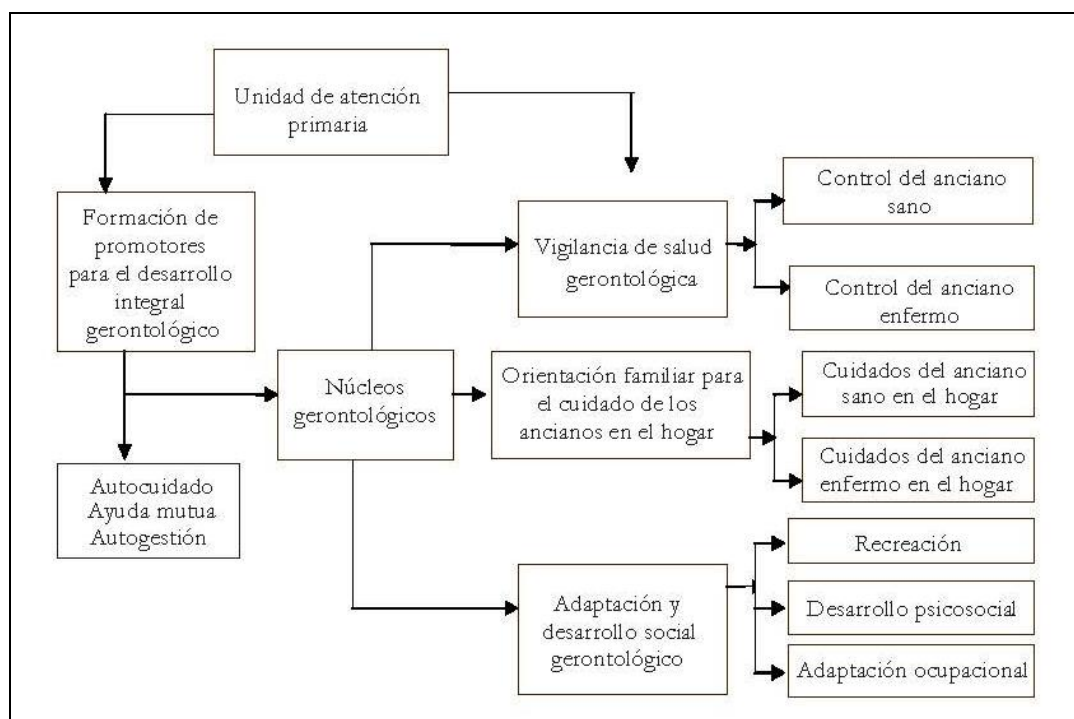
En los adultos mayores, existen casos de maltrato que no debería sufrir este grupo etario. La vulnerabilidad social a la que se ven expuestos debido a su edad, por la disminución de sus capacidades físicas, económicas, funcionales y mentales, no debe ser permitida. Es por ello que se deben establecer modelos de atención que promuevan la inclusión del adulto mayor y que éstos sean atendidos ante situaciones de maltrato doméstico.

A continuación se presentan dos propuestas que tienen como finalidad proteger al adulto mayor ante la necesidad de servicios de salud. La primera, son los modelos de atención comunitaria de núcleos gerontológicos, implementada por Mendoza y Martínez-Maldonado (2013).

En el 2000, en el Valle del Mezquital, Hidalgo, se investigó acerca de un modelo de núcleos gerontológicos (Figura 2). Este modelo surgió con el objetivo de que el adulto mayor obtuviera

un desarrollo integral potenciado por sus recursos y capital social. Se registraron óptimos resultados porque se formaron 170 adultos mayores como promotores para el desarrollo integral gerontológico y 300 núcleos gerontológicos. Estos núcleos fueron establecidos en diversos sitios, entre ellos escuelas, centros de salud, casas de jubilados y pensionados, casas particulares, entre otros.

Figura 2: Modelo de atención comunitaria de grupos gerontológicos



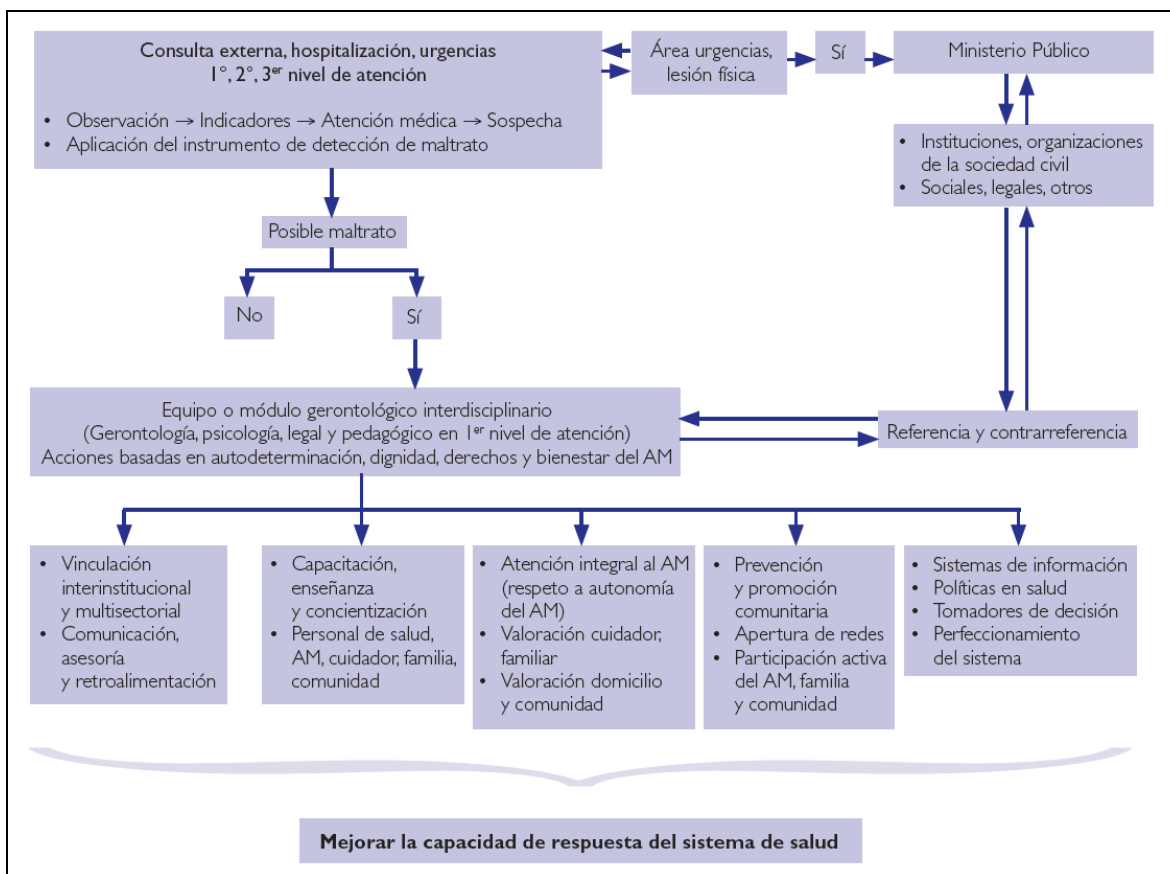
Fuente: Mendoza y Martínez-Maldonado (2013: 462).

Este tipo de modelo favorece la inclusión social de este grupo etario, mediante el empoderamiento del adulto mayor, promoviendo su implementación al orientarlo hacia la resolución de problemas que se presentan en la vejez.

El segundo modelo a considerar es el de atención integral en salud para el maltrato familiar del adulto mayor (Figura 3). Este modelo fue propuesto por el Instituto Nacional de Salud Pública

(INSP), el cual tiene por objeto atender a aquellos adultos mayores que sufren de alguna forma de maltrato familiar.

Figura 3: Modelo de atención integral en salud para el maltrato familiar en el adulto mayor



Fuente: INSP (2013: 21).

Mediante este modelo es posible atender un caso de agresión hacia un adulto mayor, y para ello se incorpora la participación activa y decidida del Ministerio Público, con objeto de que el individuo obtenga toda la protección necesaria por parte de las instituciones. En este modelo también participan organizaciones de la sociedad civil, sociales, legales, entre otras, quienes brindan acciones basadas en la autodeterminación, dignidad, derechos y bienestar del adulto mayor.

Fueron mencionados estos dos modelos porque dentro de las políticas en salud, es importante tanto la seguridad de la persona (sea por su autoestima), así como la de tipo físico (evitar que ejerzan violencia contra ella). Estos son elementos inalienables que no deben ser omitidos.

4. Conclusiones

Al revisar la literatura relacionada con los temas de envejecimiento, pobreza y vulnerabilidad, se observa la existencia de vulnerabilidad social en la población adulta mayor de México. El adulto mayor forma parte de los grupos sociales que son considerados como vulnerables, por tanto, se debe analizar qué servicios requiere este grupo etario, para que se priorice su cobertura por parte de las instituciones del Estado.

De acuerdo con ENADIS, un 28% de la población adulta mayor cuenta con servicios educativos, de salud y seguridad social (Conapred, 2011; Ramírez, Ham y Valencia, 2012). La población que no tiene acceso a los servicios de salud, los obtiene a través de su familia, organizaciones de la sociedad civil y el Estado. En tanto que, el Estado, le otorga el servicio de salud mediante el Seguro Popular y la atención del INAPAM.

Entre los indicadores de vulnerabilidad del adulto mayor se tiene el relativo al trabajo. ENADIS (Conapred, 2011) señala que 40% de los adultos mayores hombres trabajan al menos una hora o un día a la semana para sostener a su familia, así como el 10% de las mujeres. Mientras que los adultos mayores que no trabajan se debe a que 49.05% se dedica a los quehaceres del hogar, este es un trabajo de cuidado no remunerado, importante para las familias porque permite que el resto de sus integrantes puedan desarrollar sus actividades diarias. De acuerdo con ENADIS (Conapred, 2011), los problemas que enfrenta el adulto mayor son de tipo económico (40.3%); salud (37.3%); laborales (25.9%); soledad, tristeza y depresión por la edad y vejez (13.9%).

En México, se requieren políticas públicas en salud que promuevan, con base en un enfoque de envejecimiento activo, los servicios de salud para el adulto mayor. En 2002, se promulgó la Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores que enuncia el derecho a la salud en su artículo 5, f. III, incisos b y c. El envejecimiento activo se encuentra enunciado en el Programa Sectorial de Salud 2013-2018, en la Estrategia 1.7. Promover el envejecimiento activo, saludable, con dignidad y la mejora de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Estos programas de salud deben considerar en sus componentes la cobertura de atención preventiva y tratamientos para enfermedades crónico-degenerativas, en especial, la artritis, diabetes e hipertensión arterial. Para evaluar los programas de salud, una herramienta útil es el análisis costo-beneficio que permite determinar su pertinencia e impacto social.

También resulta importante mantener el programa de pensión universal para la población adulta mayor de menores ingresos, así como el proveerlos de trabajo de cuidado, mediante la participación de sus familiares y profesionales de la salud, que sean remunerados por realizar esta actividad. Entre otros aspectos, es necesario aumentar el número de casas-hogar, residencias diurnas, clubes, brindar capacitación para el trabajo y el tiempo libre del adulto mayor¹⁶. De esta manera, se promoverá la estrategia de un envejecimiento activo.

Otro tema importante de la salud, es el proveer al adulto mayor con un entorno social favorable para su desarrollo digno y con calidad de vida de acuerdo a su edad¹⁷. Estas acciones podrían realizarse en coordinación con instituciones de seguridad social, salud pública, educativas, sociales, entre otras, diseñando un programa de atención integral con un enfoque multidisciplinario que considere políticas públicas para la vejez.

¹⁶ Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores en su artículo 5, f. V. Del Trabajo y f. VI. De la asistencia social.

¹⁷ Tal como lo establece la Ley de los Derechos para las Personas Adultas Mayores en su artículo 5, f. I. De la integridad, dignidad y preferencia.

Es prioritario proyectar demográficamente el tipo de envejecimiento que se desea en un futuro cercano para México y de esta manera orientar las políticas y programas hacia un envejecimiento de “calidad”, con ciudadanos empoderados que gocen de buena salud, dentro de una economía que les permita cubrir sus necesidades básicas, porque de ello dependerá el crecimiento económico, desarrollo económico y bienestar social de la población.

Un país próspero, no es aquel que tiene los mayores niveles de crecimiento a nivel internacional o en el ámbito regional, sino el que muestra un desarrollo social estable y promueve la participación de sus ciudadanos favoreciendo la inclusión social. Se debe reconocer, que en la vejez los individuos enfrentan en gran medida una exclusión social producto de la falta de información y concientización ciudadana. Por ello, para evitar esta situación, es importante promover su participación social en la evaluación de los programas sociales de salud que cuenten con un enfoque transversal dirigidos hacia el adulto mayor, de esta manera se eficientará su implementación con una contraloría social conformada por adultos mayores beneficiarios de estos programas. Así se obtendrá una retroalimentación real de la atención y cuidados recibidos, lo cual permitirá realizar cambios pertinentes para ir mejorando la cobertura e incorporando las distintas necesidades requeridas en la vejez.

El envejecimiento es un tema prioritario en la agenda de políticas públicas nacional e internacional, es por ello que se requiere no solo cerrarlo en los temas de pensiones y salud, sino también que se aborden otras necesidades del adulto mayor como son las educativas, gerontológicas, psicológicas, entre otras. El tema de la vejez y envejecimiento presenta una orientación social que tiene como demanda y requisito, el buscar una mejora en la calidad de vida de la población mexicana y de otros países.

REFERENCIAS

Arriagada L., C., (2001) *Servicios sociales y vulnerabilidad en América Latina: Conceptos, medición e indagación empírica*. Santiago de Chile, CEPAL.

Casique, I., (2012) "Vulnerabilidad a la violencia doméstica. Una propuesta de indicadores para su medición", en *Realidad, datos y espacio. Revista internacional de Estadística y Geografía*, Volumen 3, Número 2. Mayo-agosto 2012, pp. 46-65.

CEPEP., (2009) *Metodología para la evaluación de proyectos de salud (ampliación y construcción de centros, hospitales o institutos de salud)*. México, Banco Nacional de Obras y Servicios Públicos.

Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación., (2011) *Encuesta Nacional sobre Discriminación en México. ENADIS 2010. Resultados generales*. México, Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación.

Diario Oficial de la Federación. (2013). "Programa Sectorial de Salud 2013-2018". [En línea]. México, disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/conoce_salud/prosesa/pdf/programaDOF.pdf [Accesado el día 26 de julio de 2017].

Dye, Thomas R., (2001) *Top down policymaking*. New York, Chatam House Publishers.

González de la Rocha, Mercedes. (2006) "Capítulo I. Recursos domésticos y vulnerabilidad", en González de la Rocha, M. (Coord.), *Procesos domésticos y vulnerabilidad. Perspectivas antropológicas de los hogares con Oportunidades*. México, CIESAS.

González de la Rocha, Mercedes, (2004) "De los "recursos de la pobreza" a la "pobreza de recursos" y a las "desventajas acumuladas"", en *Latin American Research Review*, Volumen 39, Número 1, pp. 192-195.

INEGI, (2013) *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad. Datos nacionales*. Aguascalientes, INEGI.

INEGI/INMUJERES, (2012) *Encuesta Laboral y de Corresponsabilidad Social, 2012. ELCOS 2012. Marco conceptual y diseño de la encuesta*. Aguascalientes, INEGI/INMUJERES.

INSP, (2013) *Modelo de atención integral en salud para adultos mayores maltratados. Resumen ejecutivo*. Cuernavaca, Instituto Nacional de Salud Pública.

ISSSTE, (2012). "Curso "La mejora de las condiciones de vida de los adultos mayores en la región Iberoamericana". Política y programa para la Atención Integral de las PAM en el ISSSTE: una respuesta del presente hacia el futuro". [En línea]. México, disponible en <http://www.issste.gob.mx/images/downloads/instituto/relaciones-internacionales/9%20POLITICA%20DE%20ENVEJECIMIENTOIMSS.pdf> [Accesado el día 26 de julio de 2017].

Katzman, Rubén, (Coord.), (1999) *Activos y estructura de oportunidades: estudio sobre las raíces de la vulnerabilidad social en Uruguay*. Montevideo, CEPAL-Oficina de Montevideo/PNUD.

Mendoza-Núñez, Víctor Manuel y Martínez-Maldonado, María de la Luz, (2013) "Modelo de redes sociales y comunitarias para mantener la salud en la vejez", en Montes de Oca, V. (Coord.), *Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Enfoques en investigación y docencia de la Red Latinoamericana de Investigación en Envejecimiento*. México, IIS-UNAM.

Mora Salas, Minor y de Oliveira, Orlandina, (2014) "Los caminos de la vida: acumulación, reproducción o superación de las desventajas sociales en México", en *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*, Volumen LIX, Número 220, pp. 81-115.

Ramírez, B., Ham, R., Salas, J., Valencia, A., (2012) "Las pensiones en México: Prospectiva y Propuestas", en Calva, J. L. (Coord.), *Derechos Sociales y Desarrollo Incluyente*. México, Consejo Nacional de Universitarios/Juan Pablos Editor.

Secretaría de Salud, (2001) *Programa de Acción: Atención al Envejecimiento 2001-2006*. México, Secretaría de Salud.

Secretaría de Salud, (2014) *Programa de Acción Específico Atención del Envejecimiento 2013-2018*. México, Secretaría de Salud.

SEDESOL, (s.f.). “Programa Pensión para Adultos Mayores” [En línea]. México, disponible en https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/28096/Adultos_mayores.pdf [Accesado el día 26 de julio de 2017].

Sojo, Ana, (2012) “Desafíos para la medición de la vulnerabilidad y las políticas públicas pertinentes”, en *Realidad, datos y espacio. Revista Internacional de Estadística y Geografía*, Volumen 3, Número 2. Mayo-agosto, pp. 5-13.

The World Bank, (2011) *Population aging. Is Latin America ready?* Washington, Daniel Cotlear Editor.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (1917) *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Última reforma DOF 29 de enero de 2016.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (2002) *Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores*. Última reforma DOF 17 de diciembre de 2015.

Naciones Unidas, (2002) *Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento*. Madrid, ONU.

República de Austria, (2009) *Federal Law on the Promotion of Affairs of the Older Generation*. Última modificación 14 de noviembre de 2012.

República de Brasil, (2003) *Derecho de la Persona Adulta Mayor. Ley No. 10,741*. 1 de octubre de 2003.

República de El Salvador, (2002) *Ley de Atención Integral para la Persona Adulta Mayor*. 30 de enero de 2002.

República de Filipinas, (2010) *Ley del Adulto Mayor Ampliada 2010*. 15 de febrero de 2010.

República de Honduras, (2007) *Ley Integral de Protección al Adulto Mayor y Jubilados*. 21 de julio de 2007.

República de la India, (2007) *Ley de la República No 9994 de los Adultos Mayores*. 31 de diciembre de 2007.

República de Madagascar, (2008) *Protección a los derechos de los Adultos Mayores (Ley 2008/030)*. 10 de diciembre de 2008.

República de Nepal, (2010) *Ley de los Adultos Mayores 2063 (2007) y Regulación de los Adultos Mayores 2065 (2009)*. Última modificación 8 de noviembre de 2010.

República de Nicaragua, (2010) *Ley No. 720 Del Adulto Mayor*. 6 de mayo de 2010.

República de Paraguay, (2002) *Ley No. 1885/02 De las Personas Adultas en Paraguay*. 30 de abril de 2002.

República de Perú, (2006) *Ley No. 28803 De las Personas Adultas Mayores*. 22 de julio de 2006.

República de Sudáfrica, (2006) *Older Persons Act 13 of 2006*. 2 de noviembre de 2006.

Reino de Tailandia, (2003) *Ley de las Personas Adultas Mayores*. 31 de diciembre de 2003.

Reino Unido, (2010) *Ley de Igualdad 2010*. 1 de octubre de 2010.

República de Uruguay, (2004) *Ley No. 17,796 De Promoción Integral de los Adultos Mayores*. 19 de agosto de 2004.

República de Vietnam, (2010) *Ley de los Adultos Mayores 2010 y Ley para Eliminar Todas las Formas de Discriminación y Violencia de los Adultos Mayores*. 23 de noviembre de 2010.